

	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
		MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	5/08/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jul-26
--------	-----------	-----------------------	----------------------	---	--	--------

de Contrato:	303/2022	VALOR	\$ 1.821.211.800,00
--------------	----------	-------	---------------------

le Proceso en el COP II /Tienda	SASS-089-2022-HOMIL
------------------------------------	---------------------

virtual	
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR, PERFUSION Y CIRCULACION EXTRACORPOREA PARA DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre de	CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA	NTT/ CC	900789891-7

Contratista	CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD
Se de Contrato	OTRO		

la Bancaria No.	474100059697	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta	Ahorros	X	Corriente
-----------------	--------------	--------	------------	----------------	---------	---	-----------

rtia ilimiento (Si	11-40-101271143	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/12/2023
-----------------------	-----------------	--------------------------	---------------------------	--	------------

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					

GENCIA 2026	326	5/01/2026	3	5/01/2026	326	5/01/2026	CMQ1112	4/08/2026		\$ 61.580.010,00
-------------	-----	-----------	---	-----------	-----	-----------	---------	-----------	--	------------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

R AUTORIZADO PARA PAGO													\$ 61.580.010,00
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

IR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SESENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL DIEZ PESOS M/CTE

VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
--------------	-------------	-----------------	---------------	----------------

VIGENCIA	YR. ADICION	LIBERACIONES
NCTA 2022	\$ 61.350.000,00	\$ - \$ 61.350.000,00 \$ -

NCIA 2022	\$	490.800.000,00	\$	-	\$	490.800.000,00	\$	-
NCIA 2023	\$	490.800.000,00	\$	-	\$	490.800.000,00	\$	-

NCIA 2024	\$	505.524.000,00	\$	87.562.639,00	\$	15.000.000,00	\$	578.086.639,00	\$	-
NCIA 2025	\$	520.689.900,00	\$	21.000.000,00	\$	-	\$	541.689.900,00	\$	-

NCIA 2026	\$	312.847.900,00	\$	565.993.097,00	\$	-	\$	520.647.036,00	\$	358.193.961,00
-----------	----	----------------	----	----------------	----	---	----	----------------	----	----------------

IL CONTRATO	\$	1.891.211.800,00	\$	674.555.736,00	\$	15.000.000,00	\$	2.192.573.575,00	\$	358.193.961,00
-------------	----	------------------	----	----------------	----	---------------	----	------------------	----	----------------

bre del Supervisor : DOCTORA JULIANA MARIA ORDONEZ MOSQUERA		Fecha de notificación: 01/04/2024
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION

o de ejecución	15/11/2022	31/07/2026
----------------	------------	------------

Plazo de ejecución y seis meses mas	
En tiempo	

ogast:

1-

2-

3-
A 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/07/23 y riesgos profesionales 2026/07/23 Planilla N° 9507711917- correspondiente al mes de JUNIO

En condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); así mismo certifico que el/la contratista presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las

2. Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

3: Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE	NÚMERO DE PARTE (SI	ESTADO (Instalado /	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
----------	--------------------------	-------	---------------------	------------------	----------------------	----------	---------------------	---------------------	----------	----------------------	----------------------	----------------	-------------	---------------

[illegible]

4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	Nº. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES
------------------------	-------	-------	-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DOCTORA JULIANA MARIA ORDOÑEZ MOSQUERA		FIRMA: 
NÚMERO DE CEDULA:	34.315.888	
CELULAR : 3012267606	CORREO: Jordonez@homil.gov.co	

FIRMA:

NÚMERO DE CEDULA:

34.315.888

CELULAR : 3012267606

CORREO: Jordonez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

CONTRATO 303/2022 CX CARDIOVASCULAR

VIGENCIA 2022	\$ 61.350.000
VIGENCIA 2023	\$ 490.800.000
VIGENCIA 2024	\$ 505.524.000
VIGENCIA 2025	\$ 520.689.900
VIGENCIA 2026	\$ 312.847.900
VALOR TOTAL	\$ 1.891.211.800

VALOR SECOP	\$ 1.891.211.800
DIFERENCIA	\$ -

MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
VIGENCIA 2025					
VIGENCIA 2026					
SALDO VIG 2025	\$ 388.780	VIGENCIA 2026	\$ 312.847.900	TOTAL VIGENCIA	\$ 313.236.680
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
DICIEMBRE	CMQ1020	\$ 57.862.963	\$ 255.373.717	\$ 255.373.717	\$ 1.729.400.722
ENERO	CMQ1033	\$ 48.209.007	\$ 207.164.710	\$ 207.164.710	\$ 1.777.609.729
FEBRERO	CMQ1046	\$ 83.807.634	\$ 123.357.076	\$ 123.357.076	\$ 1.861.417.363
MARZO	CMQ1056	\$ 58.771.866	\$ 64.585.210	\$ 64.585.210	\$ 1.920.189.229
ADICION	2	\$ 565.993.097	\$ 630.578.307	\$ 630.578.307	\$ 1.920.189.229
ABRIL	CMQ1097	\$ 84.578.307	\$ 546.000.000	\$ 546.000.000	\$ 2.004.767.536
MAYO	CMQ1098	\$ 76.133.148	\$ 469.866.852	\$ 469.866.852	\$ 2.080.900.684
JUNIO	CMQ1099	\$ 50.092.881	\$ 419.773.971	\$ 419.773.971	\$ 2.130.993.565
JULIO	CMQ1112	\$ 61.580.010	\$ 358.193.961	\$ 358.193.961	\$ 2.192.573.575



Factura Electrónica de Venta

CMQ - 1112

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764098230802 de 05/09/2025 - 05/09/2027 autoriza CMQ - 1,000 a CMQ - 2,000

Tipo de Operación Estandar
Fecha de Generación 04/08/2026 16:19
Fecha de Vencimiento 19/08/2026 16:19
Fecha de Validación 04/08/2026 16:22
Forma de Pago Crédito 15 DÍAS
Medio de Pago Transferencia Crédito Bancario
Moneda COP



Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

DATOS DEL EMISOR		DATOS DEL CLIENTE	
Razón Social	CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA	Razón Social	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Nombre Comercial	CORPMED	Nombre Comercial	
NIT	900789891	NIT	830040256
Obligación	NO APLICA	Obligación	IVA
Email	corp-med@hotmail.com	Email	facturacionsiif@homil.gov.co
Teléfono	6019143919	Teléfono	6013486868
Dirección Fiscal	CL 18 77 51 OF 416, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)	Dirección	TV 3 49 02
		Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	007	PROCESO CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	264	WSD	\$147,519.00		\$38,945,016.00	\$38,945,016.00
2	020	PROCESO PERFUSIONISTAS CX CARDIOVASCULAR	1	WSD	\$22,634,994.00		\$22,634,994.00	\$22,634,994.00
Subtotal							\$61,580,010.00	
Ret. ICA (9.66 por mil)								-\$594,863.00
Total a Pagar							\$60,985,147.00	

#\$15-19-00;303-2022;jchavez@homil.gov.co#\$
Periodo correspondiente a 01/07/2026 al 31/07/2026
No practicar retención en la fuente a título de renta, pertenecemos al régimen tributario especial de renta Art. 19 E.T. Somos Grandes Contribuyentes de ICA Bogotá según Res. DDI-029334 de 2025
Unidades de medida: WSD = estándar

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
NIT. 900.789.891-7
CONTRATO CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
MES DE JULIO 2026

SERVICIOS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	OTROS NOMBRES	PROCESO A CARGO	HORAS	VALOR HORA	VALOR FACTURADO MENSUAL
52.712.750	Espinel	Rueda	Carmen	Milena	Cirujano Cardiovascular	120	\$ 147.519	17.702.280
70.569.576	Jaramillo	Isaza	Juan	Santiago	Cirujano Cardiovascular	72	\$ 147.519	10.621.368
79.785.984	Rodriguez	Gomez	Camilo		Cirujano Cardiovascular	72	\$ 147.519	10.621.368
TOTALES								38.945.016

SERVICIOS DE PERFUSIÓN Y CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

PROCEDIMIENTO	VALOR	CANTIDAD	VALOR FACTURADO
Circulación extracorpórea y perfusión en paciente adulto programado.	\$ 661.428	6	\$ 3.968.568
Circulación extracorpórea y perfusión en paciente adulto de urgencia.	\$ 661.428	0	\$ 0
Hora diurna cuidado ECMO	\$ 120.000	48	\$ 5.760.000
Hora Nocturna Cuidado ECMO	\$ 150.000	36	\$ 5.400.000
Disponibilidad diaria perfusión ECMO	\$ 150.000	4	\$ 600.000
Instalacion terapia ECMO	\$ 1.500.000	2	\$ 3.000.000
Disponibilidad presencial para procedimiento del área cardiovascular que requiera permanencia institucional de	\$ 308.733	0	\$ 0
Disponibilidad por cada 24 horas para la institución (87.000 por cada 24 horas).	\$ 100.410	31	\$ 3.112.710
Salvador de células.	\$ 198.429	4	\$ 793.716
TOTALES			22.634.994,0

VALOR FACTURA	61.580.010,0
---------------	--------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
NIT 900789891	7	CORPORACION CORPMED	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	CARRERA 9 A 17 55 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7046446	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	E	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-07	4866675167	9507711917			2026/07/23	2026/07/16	BANCO CALIA SOCIAL	\$41,669,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)					31	\$16,736,000	\$0	\$0	\$16,736,000
COLFONDOS		231001	800,227,940	6	1	\$378,000	\$0	\$0	\$378,000
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	14	\$10,773,700	\$0	\$0	\$10,773,700
PORVENIR		230301	800,224,808	8	10	\$3,955,800	\$0	\$0	\$3,955,800
PROTECCION		230201	800,229,739	0	6	\$1,628,500	\$0	\$0	\$1,628,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					31	\$2,456,000	\$0	\$0	\$2,456,000
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	31	\$2,456,000	\$0	\$0	\$2,456,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					31	\$4,250,100	\$0	\$0	\$4,250,100
COMPENSAR		CCF24	860,066,942	7	31	\$4,250,100	\$0	\$0	\$4,250,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)					31	\$12,913,300	\$0	\$0	\$12,913,300
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)		EPS001	830,113,831	0	5	\$1,920,600	\$0	\$0	\$1,920,600
COMPENSAR		EPS008	860,066,942	7	8	\$2,347,200	\$0	\$0	\$2,347,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7	3	\$1,534,100	\$0	\$0	\$1,534,100
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156,264	2	1	\$645,100	\$0	\$0	\$645,100
SANITAS		EPS005	800,251,440	6	13	\$6,247,400	\$0	\$0	\$6,247,400
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)					31	\$3,188,000	\$0	\$0	\$3,188,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		PAICBF	899,999,239	2	31	\$3,188,000	\$0	\$0	\$3,188,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)					31	\$2,125,800	\$0	\$0	\$2,125,800
SENA		PASENA	899,999,034	1	31	\$2,125,800	\$0	\$0	\$2,125,800
TOTAL					31	\$41,669,200	\$0	\$0	\$41,669,200

Bogotá, 5 agosto de 2026

Señores

Hospital Militar Central

Ciudad

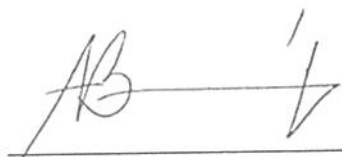
Ref.: Certificación Pago Aportes Seguridad Social y Parafiscales.

Cordial Saludo,

Yo, Andrés Ricardo Barragán Ortiz identificado con cedula de ciudadanía N° 79.948.653 de Bogotá, actuando como Representante Legal de la Corporación Médico Quirúrgica de Colombia identificada con NIT. 900.789.891 - 7, me permito certificar que se ha realizado el debido pago de Seguridad Social y Parafiscales del último mes, de cada uno de los empleados que ejecutan los contratos que tiene la corporación actualmente con el Hospital Militar Central.

Se da esta certificación a los 5 días del mes de agosto de 2026.

Atentamente.



Andrés Ricardo Barragán Ortiz
Representante Legal.

Dirección: Carrera 9 A N° 17 – 55 Sur
Teléfonos: 7046446 - 3182917212
E-mail: corp-med@hotmail.com